

## 중간 수혜자격 재심서 MID-CERTIFICATION REVIEW

**이 양식을 작성한 후 소득 및 변경 보고사항에 대한 증빙서류와 함께 제출하여 주시기 바랍니다.**

급부금을 계속해서 받으시려면 본 중간 수혜자격 재심서를 완성하여 우편, 인편으로 제출하시거나 전화로 통보해야만 합니다.

**지역 사무실에 우편으로 또는 인편으로 제출하기**

- 모든 물음에 답한다.
- 소득 증빙서류를 제공한다.
- 모든 변경사항을 뒷받침할 수 있는 증빙서류를 제공한다.
- 본 재심서에 서명한 후 해당 주소로 보내거나 제출한다.

**전화로 정보를 통보하기**

- 지역사무소에 연락하여 본 재심서를 작성한다.
- 소득 증빙서류를 제공한다.
- 모든 변경사항을 뒷받침할 수 있는 증빙서류를 제공한다.

<b>1. 이름, 현주소 및 연락처 정보</b>				
이름	성			이름
거주지 주소	시	주	우편번호	거주지 주소
상기 주소와 다를 경우 우편물 우송 주소	시	주	우편번호	상기 주소와 다를 경우 우편물 우송 주소
<b>2. 자택으로 이사를 들어왔거나 나간 사람</b>				
자택에 이사를 들어왔거나 나간 사람이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예(아래 내용을 기입하여 주십시오) <input type="checkbox"/> 아니오(3 항목으로 가십시오)				
이름	귀하와의 관계	이사를 들어온 날짜	급부금에 이 사람을 포함하기를 원하십니까?	이사를 나간 날짜
<b>3. 임신부에 관한 정보</b>				
지난 6 개월간 임신부의 임신 상태(출산/유산)가 변경되었습니까? <input type="checkbox"/> 예(아래 내용 기입요) <input type="checkbox"/> 아니오(4 항목으로 가십시오)				
이름	출산 예정일	임신이 끝난 날짜		
<b>4. 장애자에 관한 정보</b>				
지난 6 개월간 가정에 장애자가 있었거나 혹은 장애 여부에 어떤 변화가 있었습니까? <input type="checkbox"/> 예(아래 내용 기입요) <input type="checkbox"/> 아니오(5 항목으로 가십시오)				
이름	장애 부류	시작일	종료일	
<b>5. 개인 건강보험 혹은 직장 건강보험 정보</b>				
개인 혹은 직장에서 제공하는 건강보험을 가지고 있는 사람이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예(아래 내용 기입요) <input type="checkbox"/> 아니오(6 항목으로 가십시오) 해당 칸에 체크로 표기하시고 건강보험 정보를 기입하십시오.				
<input type="checkbox"/> 개인 건강보험이 있거나 직장에서 제공하는 건강보험이 있습니다. <input type="checkbox"/> 개인 건강보험이나 직장에서 제공하는 건강보험으로 의사, 병원, 엑스레이 및 임상 실험 서비스를 받을 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 지난 4 개월간 직장에서 제공하는 건강보험이 있었지만 지금은 없습니다.				
건강보험회사/고용주(직장)	보험약관 번호	건강보험 계약 가입자 이름	건강보험 계약 가입자의 SSN	보험가입자(들)



**6. 현금 자산 정보**

가족 중에 현금 자산을 가지고 있는 사람이 있습니까?  예(아래 내용 기입요)  아니오(7 항목으로 가십시오)

당좌예금 \$	저축예금 \$	주식 \$	채권 \$
------------	------------	----------	----------

현금 자산을 가지고 있는 상기의 사람의 이름을 기재하십시오.

**7. 차량 정보**

지난 6개월간 차량을 구매(획득)한 적이 있습니까?  예(아래 내용 기입요)  아니오(8 항목으로 가십시오)

차량소유주	제조사 (FORD, CHEVY, DODGE)	차량모델(FOCUS, BLAZER, NEON)	차량 모델연도(1998, 2004)	차량 현존가치	차량 대부금	리스차량입니까?
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

**8. 새로운 혹은 중단된 소득에 관한 정보**

지난 6개월간 새로운 소득이 있었거나 중단된 소득이 있습니까?

예(아래 내용 기입요)  아니오(9 항목으로 가십시오)

(새 직장/실직수당/사회보장연금/업무상 재해 급부금/아동양육비)

이름	고용주 혹은 소득 출처	새로 들어오는 소득입니까 혹은 소득이 중단되었습니까?	소득 시효 날짜	소득 종료 날짜
		<input type="checkbox"/> 시작 <input type="checkbox"/> 중단		
		<input type="checkbox"/> 시작 <input type="checkbox"/> 중단		
		<input type="checkbox"/> 시작 <input type="checkbox"/> 중단		
		<input type="checkbox"/> 시작 <input type="checkbox"/> 중단		

**9. 근로소득/자영업 소득에 관한 정보**

이름	소득을 증명해 줄 수 있는 고용주 및 기타 사람	고용주 전화번호	급료요율 (시간당 \$8 월 \$1,200 부셀당 \$2)	주당 근무시간	급료일(월 10일과 25일/격주로 금요일, 매 화요일/매일)
			당 \$		
			당 \$		
			당 \$		
			당 \$		

**10. 지불할 의무가 있는 아동양육비에 관한 정보**

아동양육비 명령서가 변경되었습니까?  예(아래 내용 기입요)  아니오(11 항목으로 가십시오)

아동양육비 지급 의무자의 이름	아동양육비 대상 아동의 이름	아동양육비 명령서에 지정된 월 아동양육비 금액	지급하는 월 아동양육비 금액
		\$	\$
		\$	\$



11. 다른 출처로부터 들어오는 소득			
이름	소득 출처(사회보장연금/아동양육비/업무상 재해 급부금/실직수당)	수령횟수(매주/매월)	매달 받는 금액
			\$
			\$
			\$
			\$

12. 임대/주택부금/세금 및 필히 지급해야 하는 수수료	
다음 월 지출 금액을 기재하십시오.	다음 지출비가 귀하의 주택부금이나 임대비에 포함되어 있지 않을 경우 매년 지불하는 금액을 기재하십시오.
주택부금/임대비: \$ _____	자산세: \$ _____
장소 임대: \$ _____	주택 소유주의 보험: \$ _____
지급할 의무가 있는 임대 수수료: \$ _____	입주자 협회비/콘도 관리비: \$ _____
임대지 주인: _____	임대지 주인 번호: _____

13. 유틸리티 비용(공과금) 정보
공과금을 지불합니까? <input type="checkbox"/> 예(아래 내용을 기입하여 주십시오) <input type="checkbox"/> 아니오(14 항목으로 가십시오)
난방/냉방비를 지불합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
주요 난방 시설을 기재하십시오. _____
다음과 같은 공과금을 지불합니까? 해당 사항에 모두 표기하십시오.
<input type="checkbox"/> 전기세 <input type="checkbox"/> 개스세 <input type="checkbox"/> 수도세/하수도세
<input type="checkbox"/> 우물 혹은 정화조(septic) 관리 <input type="checkbox"/> 쓰레기 수거 <input type="checkbox"/> 전화서비스

14. 서명 및 날짜	
본인은 이 서류에 제공하는 정보는 진실하며 정확하고 본인이 아는 바를 기입하였음을 본인의 서명으로 증명합니다. 본인은 허위 진술이나 마땅히 보고해야 할 사항을 고의적으로 보고하지 않고 현금, 식품 혹은 의료혜택을 잘못 수혜하는 행위는 범죄에 해당한다는 것을 알고 있습니다. 본인은 인상된 임대비, 주택부금, 공과금 혹은 아동양육비에 대한 증빙서류를 제공하지 않을 경우 인상 금액을 본인이 받을 급부금 결정에 사용될 수 없음을 이해합니다.	
가장 혹은 공인 대리인의 서명	날짜

